

PARAOSTÉOARTHROPATHIE NEUROGÈNE

Clément Drouet*, Bernard Brunot*, Gilles Karcher**

* Service de médecine nucléaire, SSM hôpital de Freyming-Merlebach, 57800 Freyming-Merlebach ;

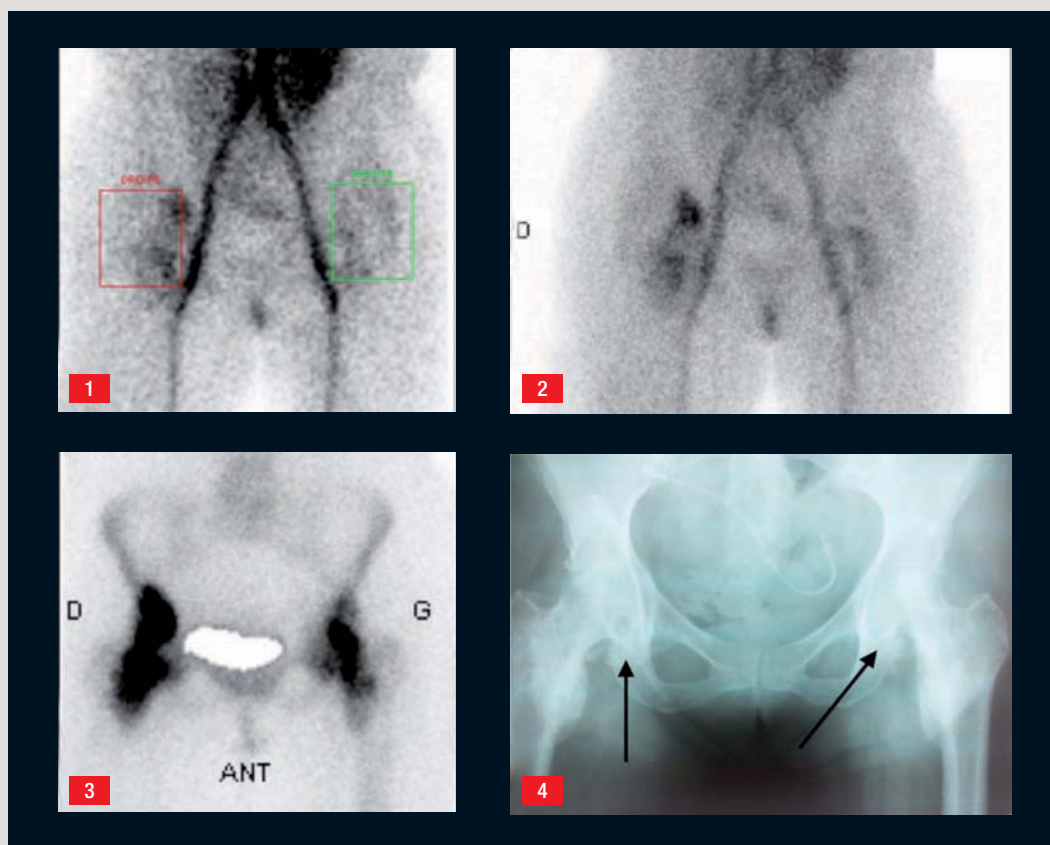
** Service de médecine nucléaire, CHU de Nancy, hôpital de Brabois, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy.

bernard.brunot@secumines.org

CETTE FEMME DE 47 ANS

consultait pour des douleurs du bassin survenues à la suite d'un coma ayant duré plus de 2 mois, après rupture d'un anévrisme artériel cérébral. Malgré une réadaptation entamée à l'issue de son séjour en réanimation, la patiente avait toujours des difficultés majeures pour maintenir une station debout prolongée et pour se déplacer. Les douleurs prédominaient au niveau des plis inguinaux.

La scintigraphie osseuse montrait : au temps vasculaire (fig. 1), des foyers d'hyperhémie pathologiques en projection des deux hanches, plus marqués à droite ; au temps précoce (fig. 2), deux plages inflammatoires importantes en regard des hanches, avec un aspect plus intense à droite ; au temps tardif (fig. 3), une hyperfixation très intense et très hétérogène en projection des deux hanches, s'étendant des régions cotyloïdiennes à la partie proximale des deux fémurs. Ces images sont caractéristiques, dans ce contexte, d'une paraostéoartropathie neurogène. La radiographie du bassin (fig. 4) montrait des opacités floues hétérogènes en faveur de cette pathologie au stade de maturation.



Les paraostéoartropathies neurogènes¹ correspondent à un processus de néo-ostéogenèse ectopique survenant dans les suites de certaines pathologies graves (lésions neurologiques centrales ou périphériques, sédation prolongée, brûlures étendues...). Elles siègent préférentiellement à proximité des articulations proximales des membres (hanches, genoux, épaules, coudes) et provoquent un enraidissement articulaire très invalidant. La scintigraphie osseuse est positive plus précocement que la radiographie standard. On peut distinguer 4 phases évolutives : la constitution, où seule la scintigraphie est positive avec une hyperfixation intense ; la maturation, caractérisée par une hyperfixation stable en scintigraphie et par des opacités floues hétérogènes sur la radiographie standard ; la maturité, avec une diminution modérée de l'hyperfixation isotopique et une ossification homogène en radiographie ; la résolution, caractérisée par une normalisation de la fixation isotopique. Le traitement repose, à la phase précoce, sur la kinésithérapie pour tenter de préserver une mobilité suffisante. Lorsque l'amplitude articulaire résiduelle est insuffisante pour préserver la fonction, ou lorsque l'articulation est ankylosée, la résection chirurgicale doit être envisagée après la disparition de l'hyperfixation scintigraphique.

C. Drouet, B. Brunot et G. Karcher déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.

1. Pélissier J, Petiot S, Bénéim C, Asencio G. Prise en charge des paraostéoartropathies neurogènes (POAN) chez le traumatisé crânio-encéphalique : étude de la littérature. Ann Réadaptation Méd Phys 2002;45:188-97.